ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

EXTRAIT

G. MASSON, Éditeur
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Deuxième note sur un cas de mycosis fongoïde avec localisation palatine et induration scléreuse de la langue. Résultats de l'autopsie,

Par MM. H. Hallopeau et E. Jeanselme.

Dans la séance du 8 décembre dernier, nous avons rapporté l'histoire d'un malade atteint de mycosis fongoïde à évolution rapide. A partir de cette époque, l'affection prend une marche suraiguë. Chaque jour, de nouvelles tumeurs apparaissent à la face et acquièrent un volume considérable.

Dans les derniers jours de la vie, l'aspect du malade devient hideux et repoussant. La face, déformée par des tumeurs hémisphériques ou mamelonnées, de couleur violacée, rappelle le masque léontiasique des sujets atteints de lèpre tuberculeuse. Les régions pilaires, les joues, le menton, et le pourtour de l'orifice buccal sont les parties les plus atteintes. Au niveau de la lèvre supérieure, les nodosités mycosiques sont si rapprochées qu'elles se confondent en un large bourrelet transversal sur lequel sont disséminées çà et là quelques touffes de poils. Le menton, hérissé de nombreux tubercules mycosiques, est à peu près glabre ; c'est à peine si quelques poils émergent des sillons situés entre les nodules. La région sus-hyoïdienne est doublée par une énorme infiltration néoplasique de laquelle se détache une tumeur du volume d'une mandarine et plusieurs nodosités du volume d'une noisette. Sur les joues, les tumeurs sont nombreuses, saillantes et ulcérées. Les paupières et les tempes sont occupées par une multitude d'élevures nummulaires ou pisiformes, encastrées dans le derme et mobiles sur les tissus sous-jacents ; ces tubercules aplatis sont de date récente et la peau, à leur niveau, a gardé sa couleur normale. Au-dessus de la racine du nez et sur le front existe un groupe de tumeurs mamelonnées, dont plusieurs, très volumineuses, sont en voie d'ulcération. Le lobule de l'oreille droite est le siège d'une infiltration mycosique diffuse. La nuque est occupée par une large plaque très épaisse et recouverte d'une vingtaine de nodosités dont plusieurs acquièrent le volume d'une noix. Le cuir chevelu est vaguement mamelonné ; les cheveux sont en partie conservés. Jusqu'à la fin, les tumeurs mycosiques se cantonnent à peu près exclusivement sur l'extrémité céphalique.

Le sang examiné quinze jours avant la mort contient 1 globule blanc pour 250 globules rouges.

Pendant toute la durée de cette poussée de tumeurs mycosiques à caractère manifestement infectieux, la température ne s'élève pas. Le malade s'affaiblit progressivement et s'éteint le 4 janvier 1893 sans avoir présenté aucun nouveau symptôme important à relever.

Autopsie. — Le pharynx, le larynx, la langue et le voile du palais sont enlevés simultanément. On constate que les tonsilles sont atrophiées comme cela est habituel chez le vieillard ; mais, en arrière de l'amygdale gauche, sur le pilier postérieur et la partie adjacente du voile du palais, existe un nodule hémisphérique du volume d'une noisette, de couleur gris pâle. Entre ce nodule et l'amygdale est situé un second nodule, du volume d'un noyau de cerise, presque pédiculé et d'un rouge vif.

En arrière du V lingual, le dos de la langue est surmonté d'une infil

tration diffuse, vaguement mamelonnée, épaisse d'un demi-centimètre.

Les replis aryténo-épiglottiques sont distendus par un œdème très prononcé. L'épiglotte est épaissie et présente une vive injection de sa face postérieure. Sur l'une des cordes vocales inférieures, au voisinage de son insertion postérieure, existe une saillie rouge au sommet de laquelle on observe un pertuis qui mène dans une petite excavation.

Les poumons, très emphysémateux, sont congestionnés et infiltrés de sérosité dans leur moitié inférieure. Ils ne contiennent pas de noyaux lymphadéniques. Les plèvres sont unies par quelques adhérences, mais également exemptes de nodules néoplasiques.

Les ganglions du médiastin ne sont pas hypertrophiés.

Le péricarde renferme peu de sérosité. Le cœur est volumineux et surchargé de graisse. Quelques plaques d'athérome occupent l'aorte et la valvule mitrale. Le cœur droit n'offre rien à signaler.

Le foie est volumineux et pèse 1,820 gr. Il est onctueux et brillant et présente à la coupe un aspect granité qui rappelle celui du foie muscade.

La rate est hypertrophiée ; elle pèse 320 gr. (au lieu de 195 gr., poids normal). Sa surface est lisse, sans trace de périsplénite ; sa couleur est d'un gris violacé. Sa forme est modifiée, elle tend à devenir hémisphérique. Sa consistance est très accrue. Sur une coupe, le parenchyme paraît normal à l'œil nu. Les corpuscules de Malpighi ne présentent pas un développement exagéré.

Les deux reins ont leur volume habituel. Sur leur moitié inférieure, on remarque un piqueté de taches noires comme de l'encre, et, dans leur moitié supérieure, un piqueté semblable, mais d'un rouge vif. En un point, il existe une dépression étoilée également d'un rouge vif. Ce sont de petits foyers hémorrhagiques, situés immédiatement sous la capsule et qui ne pénètrent pas dans l'épaisseur de la substance corticale.

Le pancréas est normal.

Le tube digestif a été examiné depuis le cardia jusqu'à l'anus. La muqueuse stomacale n'est pas altérée. Dans l'intestin grêle et le gros intestin, les plaques de Peyer et les follicules clos ne sont pas hypertrophiés.

Les ganglions mésentériques ne sont pas volumineux.

Les deux vaginales contiennent un peu de liquide séreux, mais les testicules sont sains.

Les ganglions inguinaux, axillaires, cervicaux sont hypertrophiés ; ils ont une coloration blanchâtre et donnent par le grattage de la coupe un suc lactescent.

Sur une section de la clavicule, la moelle osseuse paraît normale. Les côtes se laissent couper très facilement ; elles contiennent une substance violacée, ressemblant à du tissu splénique écrasé. Les mêmes constatations sont faites sur l'humérus droit. La moelle osseuse n'a donc pas l'aspect graisseux qu'on observe habituellement chez les vieillards. L'articulation scapulo-humérale du même côté était remplie de pus.

Examen histologique. — L'examen de la peau dans les régions où la pachydermie était très accentuée a donné des résultats différents suivant les points envisagés. Sur deux fragments prélevés sur l'avant-bras, le derme était scléreux sans infiltration de cellules jeunes. Mais sur un fragment de peau provenant du bras droit, point où l'épaississement était con-

sidérable, nous avons constaté, non pas une simple infiltration cellulaire, mais une véritable substitution de tissu lymphoïde au tissu dermique. C'est grâce à l'intégrité de l'épiderme, aux vestiges des glandes sébacées et des follicules pileux que l'on peut encore reconnaître que la coupe est celle d'un fragment de peau. Dans les coupes pratiquées sur la peau de la région lombaire, le derme est intact et doublé d'un pannicule graisseux épais. Au milieu des pelotons graisseux, on observe un nodule mycosique qui peu à peu s'infiltre entre les cellules adipeuses.

Il est à noter que nous n'avons pas trouvé, dans le tissu adénoïde de la peau, de cellules géantes semblables à celles qui ont été observées pour la première fois par M. Philippson dans les efflorescences cutanées de la première période du mycosis classique et par M. Darier et l'un de nous dans les érythrodermies du mycosis atypique (Besnier et Hallopeau). Nous n'avons pas non plus constaté la présence des logettes intra-épidermiques qui ont été décrites par M. Darier comme des amas de cellules migratrices et par M. Philippson comme des amas de cellules fixes.

Le derme muqueux qui recouvre la base de la langue, en arrière du V lingual, offre une épaisseur d'un demi-centimètre ; c'est une couche uniforme de tissu lymphoïde dans lequel il est impossible de distinguer aucun vestige de la structure normale. Les follicules lymphatiques ne peuvent plus être reconnus au milieu du tissu lymphoïde qui s'est substitué au derme. L'épithélium intact repose directement sur le tissu néoformé.

Les deux tumeurs situées sur le voile du palais, au voisinage de l'amygdale, sont entièrement constituées par du tissu lymphoïde dans lequel on n'observe aucune travée fibreuse. Une mince bande de tissu dermique, infiltré de petites cellules disposées en traînées le long des vaisseaux, sépare le tissu lymphoïde de l'épithélium qui est intact.

La petite néoplasie laryngée, comme celles du voile du palais, est constituée par du tissu lymphoïde recouvert, en partie par de l'épithélium vibratile, en partie par de l'épithélium pavimenteux. Au centre, il existe une petite ulcération dont le fond est formé par du tissu mycosique.

Dans ces différentes tumeurs palatines et laryngée, l'existence d'un fin réticulum a été mise en évidence par le pinceau.

Dans la rate, la principale lésion consiste dans la présence de travées fibreuses épaisses qui parcourent le parenchyme splénique dans tous les sens. La sclérose a envahi un grand nombre de corpuscules de Malpighi qui sont transformés en tissu fibreux. Ce processus de sclérose explique la consistance très ferme de la rate.

Dans le foie, la plupart des lobules sont sains ; un certain nombre présente une zone périphérique d'infiltration graisseuse. Une lésion intéressante à relever est l'existence de petits foyers arrondis ou ovalaires disséminés avec une grande régularité dans le parenchyme hépatique. Ces petits nodules miliaires sont visibles à l'œil nu sur une coupe non colorée, examinée par transparence ; ils forment de petits points d'un blanc opaque qui se détachent bien sur le fond jaunâtre et translucide de la coupe. Ces nodules sont constitués exclusivement par de petites cellules arrondies. Ils siègent dans les espaces portes et leur centre est ordinairement occupé par une branche de la veine porte. Le long de certains vaisseaux portes coupés suivant leur axe, on remarque d'épais manchons constitués

aussi par le même tissu embryonnaire. Il est à remarquer que les vaisseaux compris dans l'épaisseur de ces nodules miliaires ne sont nullement altérés. Les tuniques internes des divisions de la veine porte et de l'artère hépatique ne sont pas épaissies et elles ne présentent pas plus que les autres tuniques de ces vaisseaux d'infiltration embryonnaire. Les canaux biliaires n'ont subi aucune modification et leur épithélium est intact. Dans certains lobules, les travées hépatiques sont écartées et dissociées par de nombreuses cellules rondes. Il est impossible de dire si ces traînées de jeunes cellules se continuent avec les nodules miliaires situés dans les espaces portes. L'existence d'un réticulum recherchée sur un grand nombre de coupes n'a pu être constatée. Nulle part il n'existe de sclérose hépatique, même au début. Dans un certain nombre de cellules hépatiques, les noyaux sont multipliés et volumineux.

Dans le rein, on constate une infiltration considérable de petites cellules rondes dans l'intervalle des tubes urinifères dont l'épithélium n'est pas altéré. Les glomérules sont aussi très riches en jeunes cellules. Nulle part, l'infiltration n'affecte la forme de nodules miliaires. Au niveau des taches hémorrhagiques signalées à la surface du rein, on observe une infiltration par des hématies. Il n'a pas été possible de déterminer la source et la cause de ces hémorrhagies.

Examen bactériologique. — Des cultures faites avec une petite tumeur de la face qui paraissait intacte à l'œil nu, mais qui portait à son sommet une petite exulcération microscopique, nous ont donné deux variétés de micro-organismes : 1° des colonies très abondantes de staphylocoque doré; 2° quelques rares colonies de bacterium coli commune.

Les cultures de staphylocoque se sont montrées trés virulentes. Un lapin inoculé dans la veine de l'oreille avec 1 c. c. 1/2 d'un bouillon de culture est mort le quatrième jour. Le foie, la rate, le rein, l'urine et le sang du cœur ont donné des cultures pures de staphylocoque doré.

Le bacterium coli commune que nous avons retiré de la petite tumeur cutanée faisait fermenter faiblement le bouillon lactosé ; il coagulait très lentement le lait mis à l'étuve, en 15-18 jours en moyenne. Cultivé dans une solution de peptone, il ne donnait pas la réaction de l'indol. Ce bacterium a été injecté à dose massive (3 c. c. de bouillon), dans l'oreille d'un lapin; celui-ci est mort le huitième jour; les deux plèvres contenaient un exsudat fibrineux dont nous avons retiré le bacterium à l'état de pureté. Après son passage par le lapin, il avait récupéré la propriété de faire fermenter énergiquement la lactose et de coaguler rapidement le lait, en moins de quarante-huit heures. Mais, dans les cultures subséquentes, il perdit peu à peu cette propriété et, après plusieurs passages, il ne coagulait plus le lait qu'en 15 ou 18 jours.

Sur des coupes du foie et du rein du malade traitées par la méthode de Gram, nous avons constaté la présence de nombreux diplocoques dans les vaisseaux et particulièrement dans les veines interlobulaires du foie. Ces diplocoques étaient sans doute des staphylocoques.

Ce qui fait l'importance et l'intérêt de cette observation, c'est la multiplicité et la dissémination des productions adénoïdes. Celles-ci occupent la peau, non seulement sous forme de tumeurs circonscrites,

mais aussi sous forme d'infiltrats en nappe qui naissent dans l'hypoderme et se substituent plus tard au derme. Ces néoplasies adénoïdes s'observent aussi sur les muqueuses des premières voies, le voile du palais, la base de la langue et même le larynx. Elles envahissent enfin les groupes ganglionnaires des aines, des aisselles et du cou.

Quant aux lésions microscopiques relevées dans les viscères — nodules miliaires des espaces portes et infiltration interstitielle des reins, — nous sommes portés à croire qu'elles reconnaissent pour cause une infection secondaire et plus spécialement une infection staphylococcique. La virulence des cultures de staphylocoque doré obtenues avec le suc des tumeurs mycosiques et l'existence dans les ramifications de la veine porte et dans les vaisseaux des reins de diplocoques se colorant par la méthode de Gram viennent à l'appui de cette interprétation.

Sur une poussée aiguë de lèpre à manifestations multiples et plus particulièrement sur l'orchite aiguë lépreuse,

Par MM. H. Hallopeau et E. Jeanselme.

Nous avons vu se dérouler sous nos yeux en quelques jours, dans le cours d'une lèpre à évolution chronique, toute une série de manifestations aiguës remarquables par la diversité et la multiplicité de leurs localisations tant cutanées que viscérales. Certaines de ces déterminations paraissent n'avoir pas été signalées jusqu'ici : telle est l'*orchite aiguë lépreuse*.

Il s'agit d'un jeune métis, Palm. Roz..., né à Haïti, fils d'un Français et d'une noire, tous deux exempts de lèpre ; il est âgé actuellement de 18 ans.

La maladie a débuté, en 1888, par une fièvre intense à la suite de laquelle s'est produite une éruption d'une quinzaine de taches sur la face externe de chaque jambe. Ces taches, peu saillantes, d'un rouge assez vif, variaient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois ; elles s'élargissaient graduellement, atteignaient parfois les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ; généralement indolentes, parfois un peu prurigineuses, elles disparaissaient au bout d'un ou deux mois pour se reproduire ensuite de nouveau dans les mêmes régions ; de temps à autre se produisaient de nouvelles poussées fébriles. Cette éruption persista un an environ. Ces lésions sont devenues, à plusieurs reprises, le siège d'ulcérations qui ont laissé des cicatrices blanches cerclées d'un liséré brun plus foncé que la peau du malade.

Une dizaine de mois après la disparition de l'éruption des jambes, des taches blanches apparurent sur le dos ; elles se sont en partie effacées après avoir duré environ une année.

Peu après, une éruption de nodules saillants se montra sur le dos de la main et des doigts du côté droit. Ces éléments s'ulcérèrent ; on voit encore de nombreux espaces dépigmentés qui correspondent à ces altérations.

Trois mois après le début de cette éruption, le malade s'aperçut que la main droite ne lui rendait plus les mêmes services qu'auparavant.

L'index et le médius ne pouvaient déjà plus s'étendre complètement. Six mois plus tard, les autres doigts se fléchissaient également.

C'est alors que le malade s'embarqua pour la France et entra à l'hôpital St-Louis où il fut admis au pavillon Gabrielle, dirigé alors par M. Vidal, vers le milieu de l'année 1890 ; il y a eu une poussée testiculaire ; les notes que nous avons prises sur lui à cette époque peuvent être résumées ainsi :

Nous l'avons observé pour la première fois en janvier 1891.

Ce jeune homme est de constitution moyenne. La chevelure est abondante; les sourcils sont conservés. Les yeux, les lèvres, la langue, la gorge, ne présentent aucune lésion.

Sur les parties latérales du cou, on remarque de nombreuses macules achromiques, ressemblant à celles de la syphilide pigmentaire.

Il existe sur le dos quelques espaces décolorés, sous forme de mouchetures. Ce sont probablement les vestiges des taches achromiques mentionnées plus haut ; à leur niveau la sensibilité est intacte.

Sur les membres inférieurs sont disséminées de nombreuses cicatrices ; peu abondantes aux cuisses, elles prédominent au niveau des genoux, de la partie antéro-interne des jambes et des régions dorsales des pieds. Les unes sont déprimées, les autres légèrement saillantes; un liséré brun les entoure. Souvent la peau est plissée à leur niveau ; au niveau de la région prétibiale, l'épiderme est fendillé et desquame légèrement.

Sur la face antéro-interne du tibia droit, à sa partie supérieure, existe une cicatrice blanchâtre, large comme la paume de la main. C'est le vestige d'une brûlure que le malade s'est faite à l'âge de 14 ans, un an après le début de la lèpre. Cette brûlure n'a pas été sentie; elle n'a guéri qu'après deux mois de traitement.

Sur les membres inférieurs, sauf dans quelques points circonscrits, l'anesthésie est presque absolue depuis les orteils jusqu'au voisinage du genou. La sensibilité est éteinte dans tous ses modes (piqûre, pincement, froid, chaleur). Depuis le genou jusqu'à la racine du membre, la sensibilité est émoussée. Le chatouillement plantaire n'est pas perçu à gauche, il l'est à droite ; des deux côtés, il ne provoque aucun mouvement réflexe. Les réflexes rotuliens sont abolis. Les masses musculaires des membres inférieurs n'ont pas subi d'atrophie appréciable. Les orteils ne sont ni rétractés, ni déviés.

Les nerfs sciatiques ne sont ni volumineux, ni douloureux.

Au membre supérieur gauche, on constate une luxation du coude non réduite qui se serait produite vers l'âge de 9 ans dans le cours d'une variole (?). L'avant-bras a subi un arrêt de développement. La main gauche est presque normale ; il faut signaler toutefois une légère rétraction en griffe de l'auriculaire qui paraît relever de la lèpre.

Au membre supérieur droit, on ne remarque aucune amyotrophie de la racine du membre, du bras et de l'avant-bras. Il existe une atrophie très prononcée des éminences thénar et hypothénar et une gouttière profonde au niveau du premier interosseux dorsal. Les 4 derniers doigts ont leur première phalange en extension forcée et les 2 dernières en flexion; il en

résulte une attitude qui rappelle la griffe rétractile des félins; ces déviations des phalanges sont beaucoup plus exagérées sur les deux derniers doigts. Le pouce a conservé sa rectitude, mais il est sur le même plan transversal que les autres doigts. Par suite de cette position en retrait et de la disparition des éminences thénar et hypothénar, le creux palmaire n'existe plus. La paume de la main est une véritable palette rigoureusement plane où l'on n'observe que les saillies des têtes des métacarpiens et le relief des tendons extenseurs. L'attitude des doigts tient à ce que les lombricaux et les interosseux sont atrophiés, et ce qui le prouve, c'est que le malade est incapable d'opérer les mouvements d'adduction et d'abduction de ces organes. Les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont au contraire faciles.

Toute la main droite est insensible à tous les modes d'excitation (toucher, piqûre, pincement, froid, chaleur). Une ligne régulière correspondant à l'interligne radio-carpien sépare la région insensible de l'avant-bras où la sensibilité n'est qu'obtuse. Celle-ci ne redevient tout à fait normale qu'au voisinage du tronc. Sur tout le membre supérieur gauche, la sensibilité n'est qu'émoussée. Au niveau des faces dorsales des articulations des premières et des secondes phalanges de la main gauche, existent des nodosités assez mobiles; l'épiderme est épaissi à leur niveau; elles sont entourées de cicatrices ovalaires qui se sont produites récemment à la suite d'ulcérations.

Des lésions semblables existent au niveau des premières articulations phalangiennes de la main gauche; elles y sont encore en activité; ce sont des ulcérations arrondies, peu profondes, légèrement taillées à pic; elles guérissent lentement sous l'influence d'un pansement iodoformé.

Le nerf cubital droit est augmenté de volume dans toute la partie accessible à la palpation; on n'y perçoit pas de renflements moniliformes. Le ganglion épitrochléen appliqué contre le nerf pourrait induire en erreur et faire croire à une nodosité nerveuse. Le nerf cubital gauche ne peut être exploré d'une manière satisfaisante à cause de la luxation du coude.

Les poils sont conservés sur les avant-bras et sur les jambes. Les sueurs ont toujours été très peu abondantes, même avant le début de la maladie.

La sensibilité au niveau du tronc paraît intacte.

On trouve dans les aines des ganglions volumineux, indolents et mobiles groupés en pléiades comme dans la syphilis. Quelques ganglions occupent les aisselles. Les glandes cervicales n'ont pas subi de gonflement appréciable.

Le 30 mars 1891, plusieurs des ulcérations existent encore.

Le 31. Une seule ulcération persiste; elle occupe la première articulation phalangienne du médius gauche; elle se cicatrise bientôt.

L'état du malade reste satisfaisant dans le courant de cette année, sauf une poussée testiculaire sur laquelle nous reviendrons.

Au commencement de mars 1892, le talon antérieur du pied gauche devient le siège d'un mal perforant; deux petites ulcérations indolentes, taillées à l'emporte-pièce, occupent le dos du quatrième orteil; une ulcération semblable siège sur le cinquième orteil.

Le 20. Il se produit une nouvelle poussée aiguë testiculaire.

Le mal perforant persiste pendant toute l'année; il s'aggrave en février 1893, au point de nécessiter le séjour au lit; c'est alors que débute

la quatrième de ces poussées testiculaires qui nous paraissent tout particulièrement dignes d'intérêt.

Description des poussées aiguës. — Nous avons vu que la première a eu lieu en 1890 : elle s'est localisée dans le testicule gauche ; les douleurs étaient assez violentes et s'accompagnaient de fièvre, d'inappétence et d'insomnie. M. Vidal, qui soignait alors le malade, fit recouvrir les bourses d'onguent napolitain et prescrivit simultanément des frictions avec cette même pommade. Ces manifestations aiguës s'apaisèrent au bout de huit jours. Le testicule lésé aurait repris, au dire du malade, son volume habituel.

Dans la deuxième poussée, survenue en 1891, le gonflement siégea de même exclusivement sur le testicule gauche; cette glande avait acquis le volume d'un œuf de poule. Le malade avait de la fièvre et de l'inappétence; il fut obligé de garder le lit. Les bourses furent recouvertes d'emplâtre de Vigo. La durée de la poussée fut de 15 à 20 jours. Le testicule aurait repris son volume normal. Dans ces deux poussées d'orchite, le canal de l'urèthre fut examiné avec insistance, et l'on ne constata pas d'écoulement.

Dans la troisième poussée datant du 20 mars 1892, le malade ressent des frissons, il a de la fièvre et de l'inappétence. La nuit suivante, le testicule gauche augmente de volume et devient le siège de douleurs spontanées. Le lendemain, cette glande a le volume d'un œuf de poule ; sa surface est remarquablement lisse et régulière ; sa consistance est ferme ; il n'y a pas de liquide dans la vaginale. Le 25 mars, la douleur et la fièvre disparaissent ; le gonflement persiste ; il porte à la fois sur l'épididyme et le testicule proprement dit. On sent un noyau de consistance dure dans la tête de l'épididyme droit jusqu'ici indemne. Le 29 mars, le testicule gauche est notablement dégonflé, l'induration persiste encore au niveau de l'épididyme. Pendant toute la durée de la poussée, le canal de l'urèthre a été examiné à maintes reprises ; il n'y a jamais eu trace de suintement. Le malade n'a pas de dysurie et les mictions n'ont pas augmenté de fréquence.

La quatrième poussée a débuté le 22 février 1893. Elle présente ceci de remarquable, qu'à l'inverse de ce qui s'est passé dans les trois poussées précédentes, l'orchite a été précédée et accompagnée d'autres manifestations de l'infection lépreuse. Le 22 février, le malade ressent une certaine gêne du côté de la bourse gauche; néanmoins il continue à marcher comme de coutume. Mais, le 25 février, la gêne augmentant et surtout la bourse gauche ayant acquis un volume considérable, le malade s'alite. Il n'y a pas de douleurs proprement dites. Le 16, le volume de la bourse gauche s'est encore accru et la bourse droite se gonfle et rougit tout en restant indolente. Cette poussée d'orchite s'accompagne d'un mouvement fébrile accentué et d'inappétence.

La poussée est à sa période d'acmé le 2 mars. A cette époque, les bourses, d'un rouge sombre, sont sillonnées par de nombreuses veines turgescentes. Elles ont le volume du poing. Sur la peau du scrotum, dans sa partie médiane, on remarque une nappe d'infiltration lépromateuse d'un rouge violacé, à bords très bien délimités, faisant un relief de près d'un centimètre au-dessus de la peau voisine non œdématiée. La consistance de cette plaque est celle des tubercules lépreux; elle est résistante et ne garde pas l'empreinte du doigt. Ce léprome est absolument insensible à la piqûre. Il en est de même d'une petite ulcération elliptique située en

arrière du léprome, à fond très superficiel recouvert d'un bourbillon gris jaunâtre, à bords coupés nettement et entourés d'un liséré rouge vif. La sensibilité est normale sur tout le reste de la peau du scrotum qui n'est nullement altérée, mais seulement injectée. Malgré des examens réitérés, nous n'avons pas pu constater, dans le sang puisé au niveau de ce léprome, la présence du bacille de Hansen.

La palpation est très facile à cause de l'*indolence presque absolue* des testicules.

Le testicule gauche a la forme et le volume d'un citron. La tunique vaginale ne renferme pas de liquide; la peau des bourses glisse facilement sur la glande ; il n'existe ni épaississement, ni rugosités, ni d'adhérences de la séreuse. La consistance du testicule est uniformément ferme et rénitente. Par une palpation minutieuse demeurée possible grâce à l'absence de douleur, on peut se convaincre que la masse tuméfiée comprend à la fois l'épididyme et le testicule proprement dit. Peut-être la queue de l'épididyme est-elle un peu plus indurée que le reste de l'organe. Le cordon, suivi dans la bourse et dans son trajet inguinal, n'est ni douloureux, ni tuméfié, ni induré.

Le testicule droit a le volume d'un abricot. Il glisse aisément sur son sac séreux qui ne contient pas de liquide. Il est absolument indolent; on peut le serrer vigoureusement sans réveiller la douleur testiculaire normale. De ce côté, le testicule et l'épididyme sont également lésés au même degré, mais le fait est beaucoup plus facile à démontrer grâce à un sillon qui sépare de chaque côté l'épididyme de la glande proprement dite. La consistance est très ferme, scléreuse, presque ligneuse ; cette induration acquiert son maximum au niveau de la queue de l'épididyme. Le cordon a gardé sa souplesse.

En somme, c'est seulement à cause de la traction que produisent les testicules augmentés de poids et à cause des phénomènes fébriles que le malade garde le lit.

Les pléiades inguinales n'ont pas augmenté de volume depuis le début de l'orchite.

L'exploration de la prostate et des vésicules séminales est absolument négative.

Le 5 mars, on constate une amélioration notable. La peau du scrotum est légèrement revenue sur elle-même et ridée, mais elle est encore d'un rouge sombre et les veines restent turgescentes. Le testicule gauche n'a plus que le volume d'un gros abricot. On peut facilement distinguer les deux parties qui le constituent : d'une part, le testicule proprement dit qui a repris de la souplesse, mais qui donne la sensation d'un corps élastique dans lequel seraient disséminés de petits grains durs; d'autre part, l'épididyme qui est le siège d'une induration diffuse ayant son maximum au niveau de la queue. La vaginale est libre et ne contient pas de liquide. Le cordon spermatique n'est pas intéressé.

A droite, le testicule est aussi très diminué de volume. La glande proprement dite a repris de la souplesse; on sent disséminés çà et là, dans son parenchyme, de petits nodules miliaires durs.

L'épididyme reste induré, surtout au niveau de sa queue. Le cordon spermatique est sain.

Le canal de l'urèthre a été examiné chaque jour depuis le début de la poussée. Jamais il n'a présenté la moindre trace d'inflammation. Le malade a été examiné plusieurs fois à l'improviste et particulièrement le matin, au réveil, pour éviter toute supercherie de sa part : nous n'avons jamais constaté le plus léger écoulement. Du reste le malade n'a pas de dysurie et les mictions ne sont pas fréquentes.

Nous n'avons relevé chez lui aucun signe de syphilis ou de tuberculose.

Dans cette dernière atteinte, l'orchite n'a été que l'un des éléments de la poussée lépreuse.

Nous avons déjà signalé le lépròme qui s'était développé sur le scrotum en même temps que l'orchite. Quelques jours avant l'apparition des accidents testiculaires, le malade se plaignit des yeux. Il avait de l'injection des conjonctives et du larmoiement. Avec des lavages à l'eau boriquée, ces phénomènes s'amendèrent. Mais quand l'orchite apparut, ils reprirent une nouvelle acuité.

Outre l'injection des conjonctives bulbaires, on observa un cercle périkératique autour de chaque cornée ; la chambre antérieure des deux yeux prit un aspect enfumé ; les iris devinrent paresseuses et la photophobie fut très vive. Il n'y eut pas de phlyctènes ou d'ulcérations sur la conjonctive ni sur la cornée. En même temps, le malade ressentit des points douloureux au niveau des coudes, des poignets et de la partie moyenne des avant-bras. Ces douleurs rhumatoïdes étaient accompagnées d'un certain degré de gonflement siégeant au niveau des poignets et du dos des mains. A la face dorsale du carpe et du métacarpe, on observait des deux côtés une saillie cylindroïde suivant le tendon extenseur de l'annulaire dans ses mouvements : cette synovite tendineuse est apparue dans le cours de la dernière poussée.

Les os et le nerf cubital n'étaient pas douloureux à la pression. Depuis l'apparition de ces douleurs, la main gauche, qui était presque intacte, a pris une forme de griffe cubitale et elle ne peut presque plus rendre aucun service. Jusqu'à ce moment, elle avait à peu près conservé tous ses mouvements.

En résumé, *la poussée aiguë dont nous venons d'être témoins a porté sur les appareils les plus divers. Elle s'est traduite par une conjonctivite avec iritis double, par des douleurs rhumatoïdes siégeant dans les membres supérieurs, par l'apparition rapide d'une griffe cubitale de la main gauche, par un léprome situé sur la peau du scrotum et par des lésions testiculaires.*

De toutes ces manifestations, la plus intéressante assurément est l'*orchite aiguë lépreuse.* Les principaux caractères ont été les suivants :

1° *L'infiltration lépromateuse simultanée de l'épididyme et du testicule proprement dit ;*

2° *La localisation qui avait porté exclusivement sur le testicule gauche dans les deux premières poussées d'orchite et s'est faite sur les deux glandes dans les dernières ;*

3° *L'absence d'épanchement dans les vaginales ;*

4° *L'indolence presque absolue des testicules qui pouvaient être malaxés sans que le malade ressentît aucune douleur, caractère*

négatif qui contrastait avec l'aspect inflammatoire des bourses ;

5° *L'absence de lésions appréciables du cordon spermatique, de la prostate et des vésicules séminales ;*

6° *L'absence d'écoulement uréthral ;*

7° *La répétition des poussées aiguës qui sont survenues à quatre reprises différentes ;*

8° *L'absence de suppurations localisées et de fistules cutanées ;*

9° *La constatation, après la phase aiguë, de petits nodules de consistance scléreuse disséminés dans le parenchyme testiculaire ;*

10° *L'apparition concomitante d'un léprome du scrotum.*

La plupart de ces caractères envisagés isolément peuvent se retrouver dans les autres variétés d'orchite, mais par leur réunion ils constituent un ensemble assez spécial. Ils permettent de distinguer l'orchite lépreuse des autres manifestations testiculaires aiguës.

Dans l'orchite tuberculeuse, la douleur est vive, l'épididyme est le siège presque exclusif des lésions ; dès la troisième semaine les dépôts tuberculeux se ramollissent et bientôt s'évacuent par une ou plusieurs fistules. « Cette *suppuration rapide*, dit M. Reclus, est une caractéristique de l'orchite tuberculeuse (1). » Presque toujours, les cordons spermatiques, les vésicules séminales ou la prostate sont intéressés. L'appareil urinaire et les poumons peuvent être lésés.

Dans l'orchite syphilitique, « le début est insidieux ; les désordres se font à froid » (2) ; l'organe peut être manié sans réveiller aucune souffrance ; le testicule et l'épididyme sont simultanément pris ; les cordons spermatiques, les vésicules séminales et la prostate restent indemnes. Tous ces caractères appartiennent aussi bien à l'orchite lépreuse qu'à l'orchite syphilitique et le diagnostic serait impossible si l'orchite spécifique ne déterminait pas tôt ou tard le ramollissement et l'évacuation des gommes, dans le cas d'orchite lépreuse que nous avons sous les yeux, la coexistence d'accidents manifestement lépreux et particulièrement d'un léprome scrotal ne peuvent laisser place au doute.

L'orchite blennorrhagique ne saurait être confondue avec l'orchite lépreuse. La localisation à l'épididyme, l'intensité des douleurs, l'existence d'un écoulement sont autant de signes différentiels qui sont étrangers à l'orchite lépreuse. Nous insistons sur l'absence de tout signe de blennorrhagie chez notre malade.

Ainsi donc, en procédant par voie d'exclusion d'une part, et en considérant les symptômes concomitants (léprome du scrotum, etc.) d'autre part, nous sommes conduits à admettre l'origine lépreuse de l'orchite que nous étudions. Nous avons vainement cherché un cas analogue dans les articles ou monographies qui traitent de la lèpre.

(1) Reclus. *Tr. de chirurg.*, t. VIII, 1892, p. 148.
(2) Reclus. *Tr. de chirurg.*, t. VIII, 1892, p. 171.

Le secrétaire,
Albert Mathieu.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

BROCQ
Médecin des Hôpitaux.

A. DOYON
Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER
Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP
Chirurgien des Hôpitaux.

E. VIDAL
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE
CORDIER, J. DARIER, DIDAY, W. DUBREUILH, DU CASTEL
GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HALLOPEAU, HARDY, HORAND, HUDELO, JACQUET
JEANSELME, L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC
MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PIGNOT, PORTALIER, QUINQUAUD
PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAUT
P. SPILLMANN, G. THIBIERGE, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

Dr HENRI FEULARD
Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 francs. — Départements et Union postale, 32 francs.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette. — 159.